

保 險 医  
保 險 薬 剤 師

登録票紛失届

|                         |             |                |       |   |       |                |       |
|-------------------------|-------------|----------------|-------|---|-------|----------------|-------|
| 保険医<br>保険薬剤師            | 登録記号<br>番 号 | 医<br>歯<br>薬    |       | 号 | 登録年月日 | 大正・昭和<br>平成・令和 | 年 月 日 |
| 医 籍<br>歯 科 医 籍<br>薬剤師名簿 | 登録番号        | 第              |       | 号 | 登録年月日 | 大正・昭和<br>平成・令和 | 年 月 日 |
| 保険医<br>保険薬剤師            | (フリガナ)      |                |       |   |       | 性別             | 男 ・ 女 |
|                         | 氏名          |                |       |   |       |                |       |
|                         | 生年月日        | 大正・昭和<br>平成・令和 | 年 月 日 |   |       |                |       |

保険医又は保険薬剤師登録票を紛失しましたので届け出ます。

令和 年 月 日

【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】

〒 ー

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

電話番号

( ) ー

九州厚生局長 殿